

Syndromes secs du sujet âgé

Les syndromes secs, particulièrement salivaires, sont fréquents chez les sujets âgés.

Même en l'absence de complications locales, ils peuvent altérer la qualité de vie et être source de dénutrition.

Les médicaments sont les grands responsables de ces syndromes secs.

Les examens complémentaires (recherche d'auto-anticorps, biopsie des glandes salivaires accessoires) ne sont utiles que dans l'hypothèse d'un syndrome de Gougerot-Sjögren, maladie auto-immune probablement peu fréquente chez le sujet âgé, à n'évoquer qu'en présence de manifestations générales. Le traitement des syndromes secs repose sur une réduction des prescriptions médicamenteuses et sur des soins locaux.

Armelle GENTRIC

Médecine interne et maladies infectieuses
CHU de la Cavale-Blanche
29609 Brest Cedex
Mél : armelle.gentric@univ-brest.fr

Les syndromes secs sont fréquents dans la population âgée, avec pour conséquence une altération parfois importante de la qualité de vie. Quelles stratégies diagnostiques doit-on appliquer devant un syndrome sec ? Quelles maladies doit-on évoquer ? Jusqu'où doit-on aller dans les examens complémentaires ? Quel(s) traitement(s) peut-on proposer ?

La discussion sera centrée sur le syndrome sec salivaire, détermination la plus fréquente des syndromes secs et objet d'une discussion spécifique dans la littérature gériatrique.

Définition et signes cliniques du syndrome sec salivaire

Dans la littérature, la définition des syndromes secs est rarement explicite. On observe même volontiers un amalgame entre le « syndrome sec » et le « syndrome de Sjögren ». En fait, le terme « syndrome sec » regroupe les symptômes et les manifestations cliniques d'une sécheresse, qu'elle soit salivaire, oculaire, vaginale ou d'autre localisation.

Lorsqu'il s'agit d'un syndrome sec salivaire, la xérostomie en est la manifestation la plus fréquente : il s'agit de la sensation subjective de bouche sèche. Cette xérostomie peut être per-

manente ou non, diurne et (ou) nocturne. Elle peut nécessiter la prise fréquente de boissons, gêner la déglutition ou la parole. Le syndrome sec salivaire peut également se traduire par des signes cliniques objectifs (lèvres sèches, chéilite, muqueuses buccales pales et fines, langue fissurée, salive épaisse) et se compliquer d'infections (candidose buccale, carie dentaire).¹ Le syndrome sec salivaire est parfois isolé ou associé avec une fréquence non négligeable (8 à 40 %) à d'autres déterminations : syndrome sec oculaire, génital¹ voire même nasal, pharyngé, cutané.²

Prévalence du syndrome sec salivaire du sujet âgé

Dans la littérature, 3 études évaluent la prévalence du syndrome sec salivaire dans une population âgée « tout venant », ambulatoire. L'interrogatoire à la recherche d'un syndrome sec est basé sur 2 questions validées :³ Avez-vous l'impression d'avoir la bouche sèche ? Vous réveillez-vous la nuit avec une sensation de bouche sèche vous obligeant à boire ?

Dans une étude suédoise portant sur 966 individus âgés de 70 ans, 20 % se plaignent de sensations de bouche sèche.⁴ Dans une étude israélienne réalisée chez 259 personnes de plus de 60 ans, la prévalence de la xérostomie est de 28 %.⁵ L'étude la plus récente⁶ porte sur une population également non sélectionnée de 2482 Américains âgés de 65 à 84 ans : la fréquence de la xérostomie est de 17 %. Dans 2 études sur 3 la xérostomie est plus fréquente chez la femme. Lorsque la prévalence de la xérostomie est évaluée en fonction de l'âge, on note une augmenta-

tion avec l'avancée en âge : ⁶ 14 % entre 65 et 69 ans, 17,6 % entre 70 et 74 ans, 18,3 % entre 75 et 79 ans, 21,5 % entre 80 et 84 ans.

Il est à noter que cette prévalence est estimée par le biais d'un questionnaire et ne correspond pas à une plainte spontanée motivant une consultation médicale. La fréquence de consultation de sujets âgés pour syndrome sec salivaire n'a jamais fait l'objet d'études.

Physiopathologie salivaire

Étant donné la prévalence du syndrome sec salivaire dans la population âgée, on pourrait penser que la sécrétion salivaire diminue physiologiquement avec l'âge. C'est ce que démontreraient les études réalisées avant 1980, mais les flux salivaires étaient mesurés chez des sujets âgés atteints de plusieurs affections et prenant de nombreux médicaments. Depuis cette date, les études de flux salivaires sont menées chez des individus âgés en bonne santé. Il est désormais prouvé que le flux salivaire ne diminue pas avec l'âge, ⁷ cela malgré quelques modifications anatomiques des glandes salivaires qui peuvent rendre difficile l'interprétation des biopsies. ⁸ La diminution du flux salivaire chez le sujet âgé est donc toujours la conséquence de maladies et (ou) de leurs traitements.

La technique d'évaluation du flux salivaire elle-même peut porter à discussion. Deux méthodes sont utilisées : la mesure du flux salivaire stimulé et la mesure du flux salivaire total non stimulé. La méthode du flux salivaire stimulé n'est à l'heure actuelle pas validée. ⁹ Le seul test réalisable en pratique consiste à mesurer le flux salivaire total non stimulé. La salive est collectée pendant 5 min entre 9 h et 11 h le matin, le patient ne devant pas avoir absorbé d'aliment dans l'heure précédente. Le flux salivaire est considéré comme abaissé lorsque la quantité collectée est inférieure à 0,1 mL en 5 min. ⁹

Cependant, la plupart des études montrent une absence de corrélation entre l'existence d'une xérostomie et la réduction du flux salivaire total non stimulé : celui-ci peut être anormal chez les individus n'exprimant aucune

plainte, il peut à l'inverse être normal chez des individus se plaignant de « bouche sèche ». ¹⁰ Cette absence de corrélation est d'autant plus nette que les sujets sont plus âgés. ¹¹ On peut donc conclure que le syndrome sec, surtout lorsqu'il se manifeste par des signes subjectifs, n'est pas toujours secondaire à un mécanisme d'hyposalivation, des causes générales extrasalivaires peuvent en être responsables. ¹² Une hyposalivation est plus volontiers objectivée lorsqu'il existe des signes cliniques de syndrome sec ou des complications.

Causes des syndromes secs du sujet âgé

Comme on l'a déjà évoqué, il y a bien souvent confusion dans les esprits, voire même dans la littérature, entre le syndrome sec qui est un symptôme et le syndrome de Gougerot-Sjögren qui est une cause de syndrome sec, certainement la plus rare chez le sujet âgé. D'ailleurs, 2 des critères diagnostiques du syndrome de Gougerot-Sjögren (tableau I) ne sont plus retenus chez le sujet âgé : il s'agit du débit salivaire spontané pour la sécrétion salivaire et du test de Schirmer pour la sécrétion lacrymale. En effet, tous 2 sont fréquemment anormaux au-delà de 60 ans en l'absence de toute maladie. ¹³ En

pratique gériatrique, ce diagnostic ne doit être évoqué que lorsqu'existent, associées au syndrome sec, des manifestations extraglandulaires (arthralgies, purpura, livedo, syndrome de Raynaud). Ce n'est que dans ces conditions qu'il est légitime de chercher des anticorps anti-nucléaires, anti-antigènes solubles, anti-SSA, anti-SSB et éventuellement de faire une biopsie des glandes salivaires accessoires. ³ Le plus souvent le syndrome sec salivaire est la conséquence de maladies générales et de leurs traitements. La première cause à éliminer est un antécédent de radiothérapie de la tête et du cou. La xérostomie en est une conséquence classique. L'irradiation entraîne une réduction progressive du flux salivaire débutant dès la première semaine de traitement. Après 3 ans, le flux salivaire est réduit de plus de 90 % et cela de manière irréversible. ¹⁴ D'autres maladies peuvent s'accompagner de xérostomie : dépression, déshydratation, maladie de Parkinson, diabète peut-être par le biais d'une neuropathie végétative. ¹⁵ On peut se demander si la xérostomie est la conséquence de ces maladies ou de leurs traitements.

Le syndrome sec est dans la majorité des cas dû aux médicaments. Cette origine iatrogénique représente dans une étude récente 62 % des causes de

TABLEAU I

Critères diagnostiques européens du syndrome de Sjögren (4 critères au moins)

- ① Symptômes oculaires
- ② Symptômes buccaux
- ③ Signes oculaires :
test de Schirmer ≤ 5 mm en 5 min*
test au rose bengale positif
- ④ Histopathologie
Focus score $\geq 1/4$ mm² biopsie glande salivaire accessoire
- ⑤ Atteinte salivaire
Scintigraphie salivaire ou sialographie parotidienne anormale
ou débit salivaire non stimulé $\leq 1,5$ mL en 15 min
- ⑥ Présence d'auto-anticorps anti-SSA et (ou) anti-SSB

* Critères non valides au-delà de 60 ans.

TABLEAU II

Classes thérapeutiques le plus souvent responsables de syndrome sec chez le sujet âgé

❑ Médicaments anticholinergiques

- antiémétiques
- antiparkinsoniens
- antispasmodiques
- mydriatiques

❑ Médicaments avec effets anticholinergiques

- antiarythmiques
- antihypertenseurs
- antihistaminiques
- antidépresseurs (tricycliques)
- antipsychotiques (neuroleptiques)
- IMAO (inhibiteurs de la mono-amine-oxydase)

❑ Médicaments psychotropes

- benzodiazépines

❑ Diurétiques

❑ Antimitotiques

sécheresse salivaire³ chez des sujets âgés de 65 ans et plus. Plus de 400 spécialités pharmaceutiques ont été reconnues responsables de syndromes secs.¹⁶ Le mécanisme peut être une diminution de la sécrétion salivaire : médicaments parasympatholytiques, sympatho-bloquants ou inhibiteurs du système nerveux central. De nombreux médicaments entraînent une xérostomie sans réduction du flux salivaire : c'est le cas de certains antihypertenseurs, des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine, le mécanisme physiopathologique du syndrome sec restant inconnu.² Le tableau II collige les classes thérapeutiques les plus fréquemment responsables de syndromes secs chez le sujet âgé. Dans un travail récent,¹⁷ les auteurs retiennent des médicaments inhalés (bronchodilatateurs, corticoïdes) comme fréquemment responsables de xérostomie. Indépendamment de leur classe, le nombre de médicaments consommés est directement proportionnel à l'existence d'un syndrome sec : la corrélation est nette à partir de la prise journalière de 4 médicaments.^{3, 18}

Traitements des syndromes secs

Même en l'absence de signes objectifs, la plainte « bouche sèche » doit toujours être prise en compte chez le sujet âgé car elle entraîne une diminution de la qualité de vie¹⁹ et peut favoriser une dénutrition²⁰ dont on ne connaît que trop les conséquences délétères sur l'état de santé de cette population.

On est dans un premier temps incité à revoir la liste des traitements, à la réduire, ou à changer un médicament pour un produit moins pourvoyeur de syndrome sec.¹⁶ Par ailleurs, le traitement est essentiellement symptomatique. La pilocarpine, stimulant la sécrétion salivaire, proposée dans les xérostomies secondaires à une radiothérapie²¹ ou dans le syndrome de Gougerot-Sjögren²² n'a jamais été évaluée chez les sujets âgés et n'est pas exempte d'effets secondaires. Une bonne hygiène buccale, une hydratation correcte, l'utilisation de salive artificielle restent les moyens parfois un peu décevants à notre disposition.^{1, 18} Il est impératif d'évaluer, chez ces patients se plaignant de syndrome sec, la thymie et l'état nutritionnel.

Conduite à tenir devant un syndrome sec du sujet âgé

L'interrogatoire précise les symptômes et leur ancienneté, les signes associés (hypertrophie des glandes salivaires, manifestations systémiques), les antécédents de radiothérapie de la tête et du cou, ou les antécédents de diabète. Il établit la liste exhaustive des traitements en cours sans oublier l'automédication et évalue le retentissement sur la thymie, l'état nutritionnel et la qualité de vie.

L'examen clinique montre l'état de la bouche, de la langue, des orifices des glandes salivaires principales, des dents, évalue l'état d'hydratation, recherche des manifestations évocatrices d'une maladie auto-immune générale.

Les examens complémentaires sont limités à l'examen ophtalmologique et (ou) gynécologique en cas de plainte oculaire et (ou) génitale associée et à la recherche d'anticorps anti-nucléaires et anti-antigènes solubles (anti-SSA, anti-SSB) et la biopsie des glandes salivaires accessoires est réservée aux cas de suspicion de syndrome de Gougerot-Sjögren.

La mesure du flux salivaire n'est pas systématique.

Conclusion

Les syndromes secs à détermination salivaire sont fréquents chez le sujet âgé et doivent toujours être pris en compte car source d'altération de la qualité de vie et de dénutrition, cela même en l'absence de complications locales objectives. En dehors des antécédents de radiothérapie céphalique et (ou) cervicale, les médicaments représentent la cause essentielle des syndromes secs. Des examens complémentaires sont peu utiles, sauf en cas de suspicion de syndrome de Gougerot-Sjögren, maladie auto-immune dont le diagnostic n'est à évoquer en pratique que lorsque des manifestations générales sont associées au syndrome sec. Le traitement du syndrome sec repose sur la réduction raisonnée des prescriptions médicamenteuses, une hydratation correcte et des soins locaux adaptés. ■

SUMMARY

Sicca syndromes in the elderly

Armelle Gentric

Sicca syndromes, especially salivary sicca syndromes, are prevalent in the elderly. Even, in the absence of local complications, they can impair the quality of life and lead to denutrition. Drugs are essentially responsible for these sicca syndromes. Para-clinic investigations (tests for autoimmunity, biopsy of minor salivary glands) are useful when uncommon Sjögren syndrome is hypothesized. This autoimmune disease, probably rare in the elderly, has to be suspected when general manifestations are present. The treatment of sicca syndromes is based on the reduction of drug prescriptions and on local care.

Rev Prat 2001 ; 51 : 177-80

RÉFÉRENCES

1. Närhi TO, Meurman JH, Ainamo A. Xerostomia and hyposalivation. Causes, consequences and treatment in the elderly. *Drugs Ageing* 1999 ; 15 : 103-16.
2. Eversole LR. Xerostomia: relationship to non oral symptoms, drugs and diseases. *Oral Pathol* 1989 ; 68 : 419-27.
3. Schein OD, Hochberg MC, Munoz B *et al*. Dry eye and dry mouth in the elderly. A population based assessment. *Arch Intern Med* 1999 ; 159 : 1359-63.
4. Osterberg T, Landahl S, Hedegard B. Salivary flow, saliva, pH and buffering capacity in 70 year old men and women. *J Oral Rehabil* 1984 ; 11 : 157-70.
5. Ben Aryeh H, Miron D, Berdicevsky I, Szargel R, Gutman D. Xerostomia in the elderly : prevalence, diagnosis, complication and treatment. *Gerontology* 1985 ; 4 : 77-82.
6. Hochberg MC, Tielsch J, Munoz B, Bandeen-Roche K, West SK, Schein OD. Prevalence of symptoms of dry mouth and their relationship to saliva production in community dwelling elderly: the SEE project. *J Rheumatol* 1998 ; 25 : 486-91.
7. Baum JB. Salivary gland fluid secretion during ageing. *JAGS* 1989 ; 37 : 453-8.
8. Syrjänen S. Age related-changes in structure of labial minor salivary glands. *Age Ageing* 1984 ; 13 : 159-65.
9. Manthorpe R, Jacobsson LTH. Classification and assessment of rheumatic diseases. Part II: Sjögren syndrome. *Baillieres. Clin Rheumatol* 1995 ; 9 : 483-96.
10. Närhi TO. Prevalence of subjective feeling of dry mouth in the elderly. *J Dent Res* 1994 ; 73 : 20-5.
11. Hai ME, Thomas E, Pal B, Hageer A, Chambers H, Silman AJ. Weak association between subjective symptoms of and objective testing for dry eyes and dry mouth: results from a population based study. *Ann Rheum Dis* 1998 ; 57 : 20-4.
12. Fox PC, Busch KA, Baum BA. Subjective reports of xerostomia and objective measures of salivary gland performance. *J Am Dent Assoc* 1987 ; 115 : 581-4.
13. The European Study Group on Diagnostic criteria for Sjögren's Syndrome. Assessment of the European Classification Criteria for Sjögren's Syndrome in a series of clinically defined cases: results of a prospective multicentre study. *Ann Rheum Dis* 1996 ; 55 : 116-21.
14. Astor FC, Hanft KC, Ciocon JO. Xerostomia: a prevalent condition in the elderly ENT-Ear, Nose Throat J 1999 ; 78 : 476-9.
15. Merman JH, Collin HL, Niskanen L *et al*. Saliva in non insulin dependent diabetic patients and control subjects. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1998 ; 85 : 69-76.
16. Sreebny LM, Schwartz SS. A reference guide to drugs and dry mouth. *Gerontology* 1986 ; 5 : 79-100.
17. Loesche WJ, Bromberg J, Terpenning MS *et al*. Xerostomia, xerogenic medication and avoidarys food in selected geriatric group. *J Am Geriatr Soc* 1995 ; 43 : 401-9.
18. McDonald E, Marino C. Dry mouth : diagnosing and treating its multiple causes. *Geriatrics* 1991 ; 46 : 61-3.
19. Fox PC, Van der Ven PE, Sonies BC. Xerostomia: evaluation of a symptom with increasing significance. *JAMA* 1985 ; 110 : 519-25.
20. Rhodus NL, Brown J. The association of xerostomia and inadequate intake in older adults. *J Am Diet Assoc* 1990 ; 90 : 1688-92.
21. Johnson JT, Ferreti GA, Nethery WJ. Oral pilocarpine for post-irradiation xerostomia in patients with head and neck cancer. *N Engl J Med* 1993 ; 329 : 390-5.
22. Vivino FB, Al-Ashimi I, Khan Z *et al*. Pilocarpine tablets for the treatment of dry mouth and dry eye symptoms in patients with Sjögren syndrome. *Arch Intern Med* 1999 ; 159 : 174-87.